



Université catholique de Louvain
Ecole de Santé publique

SESA – Socio Economie de la Santé



Hoger Instituut voor de Arbeid

Katholieke Universiteit Leuven

Groupe de travail interuniversitaire établi auprès du SPF
« Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement »
en appui scientifique à la Commission de Planification de l'Offre médicale

Ressources humaines en santé

Phase 2

Les médecins dans 23 pays industrialisés :

Densités et Place des spécialistes

Prof. Denise Delière

Caroline Artoisenet

Août 2005 (2^e édition)



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Avant Propos

Suite à une demande du Cabinet du SPF Santé publique (transmise le 8 juin 2005), les équipes universitaires UCL (SESA) et KUL (HIVA) ont été sollicitées par le SPF Santé publique en vue d'y répondre.

Ces deux équipes participent au Groupe de travail interuniversitaire établi auprès du SPF « Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement », en appui scientifique à la Commission de Planification de l'Offre médicale. Pour répondre à la demande du Cabinet, elles ont donné la priorité à ce travail qui était, à l'origine, planifié pour la phase 3 de la collaboration en cours. Le SESA s'est concentré sur la démographie médicale, la KUL étant notamment chargée de la démographie de la population.

De son côté, le Professeur Boniver, membre du Comité d'Accompagnement dudit Groupe de travail, a demandé une note relative à la place des spécialistes et des spécialités.

Une première note provisoire a été émise dans l'urgence en juin. La présente note la complète par des données de l'OCDE mises à jour et y intègre l'impact des projets d'Arrêté royal en cours de discussion au sujet du numerus clausus.

La présente étude a été réalisée pour le compte et grâce au soutien financier du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises (numéro de contrat : N05-51). Les résultats n'engagent que les auteurs et non le SPF.

Table des matières

Avant propos	2
Introduction	4
1. Y a-t-il des critères pour la part des médecins spécialistes ?	4
1.1. La part des spécialistes dans l'ensemble des médecins	4
1.1.1. Maintien du taux historique de spécialisation ? Mais lequel ?	4
1.1.2. Modification du taux historique de spécialisation ?	5
1.2. La part des spécialités parmi les spécialistes	6
1.2.1. Le besoin en gériatres	7
1.2.2. Les spécialités nouvelles : à placer hors quota	7
1.2.3. Le partage équitable des difficultés	7
2. Les densités de médecins dans le contexte international	9
2.1. Description succincte	9
2.2. Analyse critique	9
2.2.1. Les médecins dits « actifs »	10
2.2.2. Le « cercle des médecins cachés »	10
2.2.3. Les fonctions non-curatives	11
3. Les médecins « généralistes »	11
3.1. Description succincte des densités	11
3.2. Analyse critique	12
3.2.1. Les anomalies dans les données	12
3.2.2. La diversité de contenu des fonctions	12
4. Les médecins spécialistes	14
4.1. Description succincte des densités	14
4.2. Analyse critique	14



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

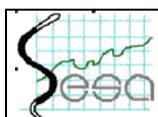
5. La part des spécialistes.....	14
5.1. La Belgique dans le concert international	14
5.2. Le détail de la situation en Belgique	15
5.2.1. La part de la spécialisation parmi les médecins recensés à l'INAMI	15
5.2.2. La part de la spécialisation parmi les médecins recensés par le SPF.....	15
6. Structure des spécialités.....	16
7. Résumé et Conclusions	17
7.1. Les densités de médecins : élevées en Belgique mais pas de record	17
7.2. Les « généralistes » : une catégorie fourre-tout	17
7.3. Les spécialités : des densités moyennes.....	17
7.4. La part des spécialistes : basse en Belgique.....	18
7.5. Le % de spécialistes dans une cohorte de médecins curatifs : 59-60%	18
7.6. Les besoins nouveaux : à rencontrer hors quota.....	18
7.7. Répartir équitablement le poids des difficultés ?	18
8. Annexes	19
8.1. Densités de médecins.....	19
8.2. Couverture des données.....	22
8.3. Les médecins généralistes	24
8.4. Les médecins spécialistes	25
8.5. Structure des effectifs	26

Bibliographie

32

Liste des tableaux

Tableau 1. Nombre de spécialistes, selon diverses hypothèses de numerus clausus	5
Tableau 2. Adaptation de la répartition des spécialités (a), au % global de contingentement par rapport à l'ensemble des candidats-spécialistes avant numerus clausus, sans réajustement pour ramener les spécialités moins pénalisées au % moyen de restriction	8
Tableau 3. Effectifs médicaux aux Pays-Bas (1998): un exemple de subdivision particulière	13
Tableau 4. Part des spécialistes dans le corps médical belge au 1/1/2002	16
Tableau 5. Densités de médecins dits « actifs » pour 100 000 habitants (au 1/1)	19
Tableau 6. Médecins ou docteurs (habilités, en exercice ou actifs d'après différentes définitions nationales) - Par 100 000 habitants – Au 1/1	19
Tableau 7. Somme des « Généralistes + spécialistes » en % du total des médecins	22
Tableau 8. Médecins dans la population active en % des Médecins habilités à exercer	22
Tableau 9. Médecins exerçant la profession médicale en % de ceux habilités à exercer	23
Tableau 10. Densités de « généralistes actifs » pour 100 000 habitants	24
Tableau 11. Densités de spécialistes	25
Tableau 12. Part des médecins spécialistes selon deux dénominateurs	26
Tableau 13. Nombre de pays selon le % de spécialistes dans la somme « généralistes + spécialistes ». En 2000 (ou année proche)	27
Tableau 14. Médecins spécialistes pour 100 000 habitants – Europe – 2000 (Résumé par groupe de spécialités)	28
Tableau 15. Médecins spécialistes par 100.000 habitants (détails par spécialité)	29
Tableau 16. Part de chaque spécialité dans l'ensemble des spécialités, par pays	16
Tableau 17. Adaptation de la répartition des spécialités (a), au % global de contingentement par rapport à l'ensemble des candidats-spécialistes avant numerus clausus, y compris réajustement pour ramener les spécialités moins pénalisées au % moyen de restriction	31



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Introduction

Nous évoquerons d'emblée une problématique d'actualité : quelle part prévoir pour les spécialistes dans l'ensemble des médecins et pour chaque discipline dans l'ensemble des spécialités (cf. section 1).

L'analyse internationale fait l'objet des sections 2 et suivantes. Les principales données brutes sont présentées en annexe (section 8).

L'OCDE et Eurostat ont le grand mérite d'avoir rassemblé et diffusé des chiffres auparavant épars. Mais ces organismes doivent souvent se contenter d'enregistrer les données transmises par les Etats, sans pouvoir vérifier si elles sont comparables ni si elles correspondent aux définitions proposées. Après avoir présenté une description succincte des données relatives aux médecins, nous nous efforcerons dès lors de les compléter par une analyse critique de contenu et par des informations plus ciblées.

1. Y a-t-il des critères pour la part des médecins spécialistes ?

1.1. La part des spécialistes dans l'ensemble des médecins

Après examen fouillé de diverses données disponibles, force a été de conclure que les comparaisons internationales nous paraissent en général de peu d'utilité, vu la diversité dans :

- l'organisation des systèmes de santé,
- les écarts de densités médicales,
- les définition même du « médecin » (les candidats-spécialistes sont ils inclus ou non ?),
- les catégories utilisées pour recenser les divers types de médecins (les « généralistes » incluent-ils ou non les diplômés à fonction non-curative et ceux à « exercice particulier »?) ; ainsi, selon les statistiques d'Eurostat pour 2001, la somme des « généralistes et spécialistes » atteint 93% de l'ensemble des effectifs médicaux en France mais se limite à 14% (sic !) en Irlande (cf. Tableau 7).

Examinons dès lors la situation en Belgique. Il convient évidemment d'additionner les spécialistes et les candidats-spécialistes pour disposer d'un indicateur valable, susceptible de contribuer à fixer le % souhaitable de spécialisation au sein des futures cohortes de diplômés. Deux options sont possibles : maintien des taux historiques ou évolution.

1.1.1. Maintien du taux historique de spécialisation ? Mais lequel ?

A ce stade des connaissances, et sauf réorganisation profonde du système de santé, il paraît opportun de ne pas diminuer le % historique de spécialisation en Belgique. Pour mémoire, des diminutions du nombre de spécialistes sont probables à terme, suite au numerus clausus, vu la baisse organisée du nombre de candidats-spécialistes (CaS) dans les deux Communautés : d'un tiers en Communauté flamande et de plus de la moitié en Communauté française. Pour celle-ci, les déficits prévisibles sont tels qu'ils désorganiseront tant les



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

hôpitaux que la première ligne. Pour ce qui est de la Communauté flamande, les calculs ne sont pas terminés. Le maintien des taux historiques permettrait de faire porter la charge des évolutions à la fois sur les spécialistes et sur les généralistes.

En Belgique, il faut distinguer deux types de % historique en matière de spécialisation (cf. section 5) :

- dans l'ensemble des médecins : 54 à 55 %,
- parmi ceux prodiguant des soins financés par l'INAMI : 59-60 %.

Ces taux différenciés selon le type de population médicale sont confirmés par des sources d'informations concordantes (SPF Santé publique et INAMI).

Le premier pourcentage (54-55%), peut concerner l'ensemble des diplômés, en ce compris les spécialités non-curatives hors quota et les diplômés en surquota.

Seul le dernier pourcentage (59-60%) est pertinent pour fixer le % de spécialistes adéquat dans le cadre d'un numerus clausus qui vise essentiellement l'accès au financement INAMI. Il concerne les seules spécialités existantes, vu que les spécialités nouvellement créées n'apparaissent évidemment pas dans ces données du passé. Appliqué à diverses hypothèses de numerus clausus, ceci donnerait :

Tableau 1. Nombre de spécialistes, selon diverses hypothèses de numerus clausus

Hors spécialités nouvelles

% de spécialistes (a) :	Niveau fédéral		Communauté flamande		Communauté française	
	59%	60%	59%	60%	59%	60%
Numerus clausus						
700	413	420	248	252	165	168
750	443	450	266	270	177	180
850	502	510	301	306	201	204
1000	590	600	354	360	236	240

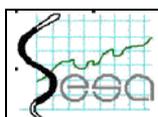
(a) % historique pour les médecins prodiguant des soins INAMI

1.1.2. Modification du taux historique de spécialisation ?

a) Arguments en faveur d'une diminution du taux de spécialisation

- D'une part, on peut subodorer une baisse de certains besoins dits « de remplacement » (pour certains staff hospitaliers) ; en effet, la diminution prévisible des effectifs (particulièrement en Communauté française) pourrait entraîner des aménagements (à savoir des fermetures) au sein de services hyperspécialisés (par exemple, en chirurgie cardiaque) ou pour certains services où les gardes sont particulièrement astreignantes vu la faiblesse des effectifs (neurochirurgie, urgences, ...) ; une telle évolution pourrait s'opérer via des fusions et/ou via des tournantes (par exemple urgences ouvertes une semaine sur deux ?).

- Par ailleurs, dans l'état actuel de la législation, le numerus clausus ne touche que les diplômés des universités belges et non ceux des universités étrangères ; or, depuis 2001, plus de 500 médecins de l'Union européenne ont obtenu la reconnaissance de leur diplôme de base en Belgique ; parmi eux, un quart environ ont sans doute obtenu



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

aussi une reconnaissance de leur qualification de généraliste ou de spécialiste. Il reste que plusieurs centaines sont en mesure de postuler une place de stage en vue d'une spécialisation, que les universités ne se feront pas faute de leur accorder. Si ces médecins restent en Belgique après avoir obtenu un agrément, ils pourront accroître de facto la place des spécialistes, réduisant d'autant l'impact des limitations imposées aux étudiants des universités belges.

b) Arguments en faveur d'un accroissement du taux de spécialisation :

- Depuis le milieu des années '90, on assiste à une lente désaffection de la population à l'égard des généralistes (le taux de recours moyen décroît) ; ceci accentuera d'autant la pression sur les services spécialisés (dans le système actuel qui est organisé pour répondre à la demande) et ne contribuera guère à résorber rapidement les difficultés rencontrées par les généralistes à Bruxelles.

- L'apparition de spécialités nouvelles : pédo-psychiatrie, gériatrie (cf. section 1.2) ; quand celles-ci seront incluses dans les quotas, il y aura probablement intérêt à accroître quelque peu la place des spécialistes.

c) Si l'on voulait enrayer la place croissante prise par les spécialistes, le contingentement des diplômés serait insuffisant. En effet, il servirait surtout à accroître la puissance des lobbies et à augmenter la pression sur les tarifs (pouvoir de négociation) et sur les volumes d'actes [pressions des gestionnaires pour compenser les coûts croissant de rémunération nécessaire pour recruter (e.a. pour débaucher !) les spécialités rares et « rentables »]. Aussi, des politiques proactives seraient-elles nécessaires si l'on voulait infléchir les tendances, notamment en vue d'accroître le rôle du généraliste et d'encourager l'appel à ses services, par exemple via l'inscription obligatoire, la formation au dépistage du déclin fonctionnel (susceptible de retarder l'entrée en incapacité et donc de freiner la croissance des dépenses liées au vieillissement) et, moyennant formation, le financement de tâches de prévention, d'éducation sanitaire (en groupe), d'observatoire de la santé, etc. D'autres politiques proactives pourraient contribuer à freiner la prescription d'actes (ce qui poserait la question du financement des hôpitaux) : identification des « Favas » (actes à faible valeur ajoutée de santé), formation nécessaire pour certains actes (par exemple pour les échographies, dont l'utilité est contestable si elle ne sont pas réalisées de façon performante), contrôle de qualité des équipements, ... Des études spécifiques devraient être menées pour identifier les domaines d'action prioritaires et les incitants les plus efficaces.

1.2. La part des spécialités parmi les spécialistes

Plusieurs critères peuvent être utiles pour définir la place des spécialités. Ils doivent notamment concerner les « besoins », dont l'analyse est prévue dans le cadre du groupe de travail interuniversitaire en appui à la Commission de Planification (phase 3 de la collaboration en cours). Il est donc prématuré de s'aventurer sur ce terrain. A ce stade, trois remarques peuvent être déjà avancées.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

1.2.1. Le besoin en gériatres

Ce besoin est patent, vu le vieillissement inexorable de la population et la croissance des soins spécifiques à instaurer en faveur des âgés : fonction gériatrie à l'hôpital annoncée par le Ministre Demotte pour janvier 2006, dépistage de la fragilité fonctionnelle (à instaurer tant à l'hôpital que pour les généralistes), nécessité de coordonner et d'intégrer les soins notamment via des réseaux de soins et des centres de référence avec gériatres spécialisés. En 2050, la moitié des patients hospitalisés pourraient être âgés d'au moins 65 ans (contre un tiers actuellement) et les 80+ pourraient représenter 40 % des journées d'hospitalisation, contre 20 % actuellement (Pacolet, Deliege et al, 2005). Le projet d'Arrêté royal en attente fait déjà droit à cet objectif.

1.2.2. Les spécialités nouvelles : à placer hors quota

Rappelons ici, l'intérêt qu'il y a à **placer hors quota les spécialités et les compétences nouvelles** (telles la gériatrie et la médecine aiguë), de façon à ne pas désorganiser encore davantage le système de soins, déjà bien secoué. Par ailleurs, notamment en gériatrie, il s'agit de fonctions nouvelles et non pas d'un simple transfert de tâches d'une spécialité vers une autre.

1.2.3. Le partage équitable des difficultés

Des difficultés étant prévisibles dans toutes les spécialités, il pourrait être envisagé de faire porter le **poids du numerus clausus de façon égale sur toutes les spécialités**. Ceci peut se calculer soit par rapport aux candidats-spécialistes actuels (CaS), soit par rapport aux spécialistes « sortant » (perspectives de retraites à l'horizon 2009-13). Nous préférons la première option, car la structure actuelle des CaS reflète mieux les « besoins » actuels que celle des praticiens qui ont choisi leur orientation il y a 40 ans !

Par rapport aux CaS en cours de formation (agrégations entre 2001 et 2006), le numerus clausus des diplômés des universités belges impose à terme une réduction d'environ un tiers en Communauté flamande et de plus de la moitié en Communauté française. En tenant compte de la durée de formation dans chacune des spécialités, on peut calculer la répartition par spécialité au sein d'une cohorte moyenne.

La répartition du numerus clausus par spécialité fixée par l'AR de mai 2002 a laissé un « volant libre » non affecté ; ce volant était de 46 en Communauté flamande et de 24 en Communauté française et deviendrait respectivement 34 et 16 aux termes de l'AR en gestation. En affectant ce volant aux spécialités qui (selon la répartition des CaS en 2001) étaient défavorisées par la répartition fixée en 2002, on obtiendrait :



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Tableau 2. Adaptation de la répartition des spécialités (a), au % global de contingentement par rapport à l'ensemble des candidats-spécialistes avant numerus clausus (b)

sans réajustement pour ramener les spécialités moins pénalisées au % moyen de restriction

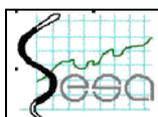
Numerus clausus :	Communauté flamande			Communauté française		
	Selon AR 2002+2005	Adaptation à 65% Supplément	Total	Selon AR 2002+2005	Adaptation à 46% Supplément	Total
Anesthésie réanimation	24	3	27	21	3	24
Chirurgie, neurochirurgie, orthopédie, urologie, chirurgie plastique	26	10	36	18	3	21
Neurologie	7	0	7	3	1	4
Psychiatrie	27	0	27	12	3	15
Gynécologie obstétrique	8	4	12	7	2	9
Ophthalmologie	8	0	8	5	0	5
Oto-rhino-laryngologie	5	0	5	3	1	4
Stomatologie	2	0	2	2	0	2
Dermatologie	5	2	7	3	0	3
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie	40	8	48	30	1	31
Gériatrie	6		6	4		4
Pédiatrie	12	4	16	10	2	12
Physiothérapie	3	1	4	3	0	3
Biologie clinique	8	0	8	3	0	3
Radiodiagnostic	12	1	13	10	0	10
Radiothérapie	3	0	3	2	0	2
Médecine nucléaire	2	0	2	2	0	2
Anatomie pathologique	2	2	4	2	0	2
Chercheur + 1 spécialité (a)	6		6	4		4
Total	206	34	240	144	16	160

(a) NB Non compris les chercheurs hors quota

(b) Y compris effet de l'AR en préparation en 2005, lequel diminue la part des spécialités traditionnelles dans l'ensemble, vu l'insertion de deux nouvelles catégories : gériatrie et chercheurs

L'adoption d'une telle solution implique évidemment que la répartition avant numerus clausus était adéquate (ceci n'a pas été étudié), que nul redressement ne vienne affecter les spécialités « mieux loties » par rapport à la perte moyenne et que la gériatrie soit incluse dans les quotas, contrairement à d'autres spécialités nouvelles (actuellement seule la psychiatrie infantile est prévue hors quota).

Si l'on voulait réajuster pour toutes les spécialités, certaines moins pénalisées par rapport à la situation antérieure devraient être affectées d'un quota réduit : neurologie, psychiatrie et biologie clinique en Communauté flamande ; biologie, radiodiagnostic, médecine nucléaire et stomatologie en Communauté française (cf. Tableau 17).



UNITE SESA - SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

2. Les densités de médecins dans le contexte international

L'OCDE et l'Union européenne (Eurostat) présentent des résultats par pays (cf. Tableau 5 et Tableau 6).

2.1. Description succincte

- La Belgique se situe haut dans la hiérarchie des densités de médecins, mais pas au sommet : Italie, Espagne et Grèce dépassent notre pays à ce égard.
- Le Japon se situe très bas sur cet indicateur, mais il affiche néanmoins d'excellents scores en termes de santé ; moyennant organisation du système (et mentalité ad hoc ?). On peut donc bien vivre avec moins de médecins.
- Les Etats-Unis aussi disposent de relativement peu de médecins, mais ils scorent mal au point de vue santé et ils atteignent néanmoins un record mondial en termes de dépenses de santé. Un faible niveau d'offre ne garantit donc nullement un faible niveau de dépenses.
- La France, au système de soins assez semblable au nôtre, a fortement contingenté les jeunes diplômés depuis les années '70 ; néanmoins, ses dépenses de santé sont supérieures aux nôtres ; comme quoi, rationner l'offre ne conduit pas ipso facto à un système bon marché.
- Les densités de médecins croissent dans presque tous les pays européens (cf. Figures 1 et 2 en annexe, section 8.1). On sait que ce mouvement sera renversé par la « bosse démographique » que connaîtront de nombreux pays, dont la Belgique : les larges promotions des années 70-80 prendront leur retraite et ne pourront être remplacées. Exception notable à la croissance dans le passé : plusieurs pays de l'ex Europe de l'Est ; trois hypothèses explicatives peuvent être envisagées : bosse démographique plus précoce, désaffection de la profession au profit d'orientations plus lucratives et/ou effet déjà perceptible de phénomènes migratoires.

2.2. Analyse critique

Pour l'ensemble des médecins, les données fournies par Eurostat et par l'OCDE sont en général très semblables, sinon identiques. Exception notable : le Japon, où les densités évoquées vont du simple au double selon les sources ; quoi qu'il en soit, les densités de ce pays restent très basses dans les deux sources ; seul Le Royaume-Uni score plus bas (par rapport à l'estimation haute relative au Japon).

Cependant, les données disponibles ne sont pas toujours parfaitement fiables ¹ ; elles ne sont pas non plus strictement comparables, notamment en raison de difficultés à identifier et recenser les médecins actifs, les médecins « cachés » et les fonctions non-curatives, comme expliqué ci-dessous.

¹ Exemple : la densité de la Suède qui passerait de moins de 300 à 400 en un an (2000 à 2001) ?



2.2.1. Les médecins dits « actifs »

L'OCDE présente ces données comme correspondant aux médecins « actifs », mais rien n'est moins certain. Ainsi, pour ce qui concerne la Belgique par exemple, il s'agit de l'ensemble des médecins enregistrés au SPF Santé publique ; or il est patent que tous ne sont pas actifs.

Ainsi, en 2003, par rapport au cadastre du SPF Santé publique,

- seuls 94 % étaient enregistrés à l'INAMI,
- seuls 88 % étaient encore considérés comme actifs par l'INAMI, et
- seuls 75% prodiguaient encore des soins remboursés via cet organisme.

Les densités de médecins présentées pour la Belgique devraient donc être amputées de quelque 12 à 25 % (selon l'indicateur) pour correspondre à l'indicateur proposé : la densité des médecins « actifs ». Par conséquent, si les autres pays ont vraiment envoyé des statistiques de médecins « actifs » (ce qui reste à démontrer), la surmédicalisation apparente de notre pays serait nettement moindre : en amputant les densités d'un quart (pour s'en tenir aux praticiens actifs en soins curatifs), ce ne sont plus deux mais huit pays européens dont la densité serait supérieure à la nôtre.

Contrairement à l'OCDE, Eurostat présente la distinction entre Médecins habilités à exercer, Médecins actifs et Médecins exerçant la profession médicale. Selon les statistiques disponibles (six pays seulement) : le % d'actifs s'étagait en 2002 de 65 % à 98 % (cf. Tableau 8). Quant aux « Médecins exerçant la profession médicale », leur place en % était parfois supérieure, ce qui est contraire aux attentes : de 67 à 92 %, voire dépassant les 100 (Estonie), ce qui est aberrant (cf. Tableau 9).

2.2.2. Le « cercle des médecins cachés »

Pour un pays donné, les divers fichiers de médecins répondent à des impératifs administratifs divers et ne sont pas toujours complets (Bui, 1995). L'OCDE s'en tient aux statistiques officielles qui ne sont pas toujours les meilleures. Ainsi, en France par exemple, les statistiques officielles ont longtemps sous-estimé nettement le nombre de médecins, comme l'a révélé une analyse approfondie que nous avons réalisée et qui nous a amenée à apporter diverses corrections pour obtenir une vue comparable aux données relatives à la Belgique :

- a) Pour 1994, l'OCDE reproduit les données du **fichier officiel** (Adeli, amélioré depuis) : \pm 170 000 médecins.
- b) A la même époque, l'**Ordre** recense 181 000 médecins ; la différence pouvait provenir des remplaçants (= jeunes médecins non encore installés) et d'un certain nombre de médecins salariés des hôpitaux qui négligeaient de s'inscrire à la Préfecture et qui n'étaient dès lors pas comptabilisés par le Ministère.
- c) Des médecins travaillaient à la limite de la légalité : à la fin des années '90, quelque sept à huit mille **médecins du Maghreb**, exerçaient dans les hôpitaux publics, sous l'autorité de patrons français, lesquels faisaient déjà face à des problèmes de recrutement (Coldefy, 1995). Leur situation a été régularisée depuis.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

- d) En outre, certains médecins sont **dispensés d'inscription à l'Ordre** ² (médecins militaires et médecins fonctionnaires) : 2 à 4 % des actifs selon un expert français (Bui, 1995).
- e) Enfin, les **candidats-spécialistes** n'étaient pas inclus. En effet, les personnes en stage de spécialisation (internat, ...) ne sont pas comptabilisées comme médecin en France. Si on les inclut dans les statistiques (comme c'est le cas en Belgique), les effectifs en sont accrus d'environ 8 % (estimation faite pour 1994, à partir des postes de résidents et de la durée des études).

Au total, on a ainsi pu estimer le nombre de praticiens actifs à près de 205 000, soit 18 % de plus que le fichier officiel de l'époque. Ces diverses corrections se sont avérées indispensables, lorsque l'on a utilisé la densité médicale de la France comme norme de référence pour l'évaluation de la surmédicalisation en Communauté française de Belgique (Deliège, 2000). Mais un tel travail n'a évidemment pas pu être réalisé pour chacun des pays de l'OCDE.

2.2.3. Les fonctions non-curatives

Tous les diplômés catalogués « généralistes » ou « spécialistes » ne prodiguent pas des soins. Il existe une multitude de fonctions non curatives : en prévention, recherche, enseignement, médecine légale, hygiène, qualité des soins, santé publique, gestion, gestion des données médicales, industrie pharmaceutique, évaluation du dommage corporel, contrôle d'assurances, services publics, ...

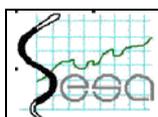
Dans certains pays, ces fonctions sont exercées par des catégories spécifiques, qui n'entrent donc pas dans le décompte des « généralistes » et des « spécialistes ». Dans d'autres pays au contraire, la distinction n'est pas faite. Ainsi en Belgique, ces fonctions peuvent être exercées par des praticiens prodiguant aussi des soins curatifs ; ils n'y sont donc pas distingués au sein d'une catégorie particulière. Au début de 2002, ces fonctions correspondaient à quelque 21 % de la force de travail (en « équivalents-personnes ») parmi les généralistes actifs et à 9 % parmi les spécialistes actifs (respectivement 17 et 8 % par rapport à l'ensemble des effectifs de moins de 76 ans) (UCL).

3. Les médecins « généralistes »

3.1. Description succincte des densités

La Belgique occupe apparemment une place record en matière de densités de médecins catalogués comme « généralistes » (cf. Tableau 10) : proche de celle de la France, mais apparemment trois fois plus élevée que dans plusieurs autres pays européens (Irlande, Pays-Bas, Suède). Mais les données manquent pour les pays les plus densément médicalisés : Italie, Espagne, Grèce. En outre, de telles comparaisons s'avèrent souvent fallacieuses (cf. section ci-dessous).

² art. L 356 du Code de la Santé publique



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

3.2. Analyse critique

3.2.1. Les anomalies dans les données

Les statistiques des organismes internationaux sont en général concordantes, mais deux exceptions marquent les densités de généralistes : l'Irlande et la Finlande, répertoriées en 1995 respectivement à 2 (sic) et à 31 généralistes par 100 000 habitants par Eurostat et à 47 et 120 par l'OCDE (cf. Tableau 10 à la section 8.3). Ces sources divergent aussi en ce qui concerne le Portugal (respectivement 41 et 62 en 1995). En outre, une anomalie apparaît pour la Grèce, dont la densité de généralistes tombe apparemment de 105 à 8 (sic) en l'espace de 15 ans (Eurostat, 1985-2000) !

Dans les statistiques des organismes internationaux, le concept de « généraliste » n'est pas toujours clair. En témoigne, le fait que l'ensemble des « généralistes et spécialistes » est loin de correspondre à la totalité des médecins (Tableau 7): de 15 % seulement en Irlande à 90 % ou plus en Autriche, en France et en Estonie (86% en Belgique) (Eurostat).

3.2.2. La diversité de contenu des fonctions

Le terme de « généraliste » peut couvrir des réalités très différentes.

a) Les fonctions non curatives

Dans certains pays, cette catégorie peut englober l'ensemble des diplômés sans spécialisation ; c'est évidemment abusif, si l'on y inclut les candidats-spécialistes. Dans d'autres pays, la définition est beaucoup plus stricte et les statistiques ne semblent couvrir que les praticiens prodiguant effectivement des soins, à l'exclusion des nombreuses fonctions non curatives remplies par les médecins et particulièrement par les « non-spécialistes ».

Parmi ceux-ci (hors CaS), les fonctions non curatives sont particulièrement nombreuses. En Belgique, les généralistes non agréés ressortissent en grande partie à cette catégorie [bien que les actifs parmi eux (70%) conservent une large part de leur activité dans le domaine curatif, à raison d'au minimum 40 % en équivalents-personnes]. Inversement, des généralistes dûment agréés remplissent des fonctions curatives (à raison d'environ 15% des effectifs actifs). Au total, les non agréés constituent un bon *proxy* pour l'ensemble des fonctions non curatives parmi les généralistes. Si l'on s'en tenait aux seuls généralistes agréés actifs, la densité de ces « généralistes » (113 pour 100 000 habitants début 2002), deviendrait inférieure à celle de certains pays européens (Autriche et France).

Les généralistes non agréés remplissent des fonctions qui, dans d'autres pays, sont exercées à titre de spécialistes (exemple la santé publique en France) ou qui y sont répertoriées dans des catégories spécifiques. A cet égard, les Pays-Bas constituent un exemple intéressant :

- Seuls 16 % des effectifs totaux sont répertoriés comme « généralistes » actifs et 25 % comme « spécialistes » actifs et
- pas moins de 15 % sont de statut inconnu et 9 % sont notoirement inactifs.
- Parmi les actifs, 22% sont considérés comme « généralistes » et un tiers comme « spécialistes » ; de nombreuses catégories (habituellement répertoriées comme



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

« généralistes » en Belgique) contribuent aux soins (dans les hôpitaux, les maisons de repos, en santé mentale, à l'armée ou comme remplaçants de généralistes, soit 15 % des actifs)

- ou sont en cours de formation dans ces secteurs (13 %) ;
- d'autres occupent des postes non curatifs, notamment en santé publique, en enseignement et recherche ou sont en formation dans ces secteurs,
 - o soit 18 % des actifs.

On comprend mieux ainsi pourquoi la densité de « généralistes » de ce pays ne constitue pas une référence valable pour fixer la norme en Belgique..

Tableau 3. Effectifs médicaux aux Pays-Bas (1998) : un exemple de subdivision particulière

	Actifs			Tous médecins	
	Nombre	En % des actifs	En % du total	Nombre	En % du Total
Généralistes	7658	22%	16%	9148	20%
Spécialistes	11850	33%	25%	14082	30%
Médecins en hôpital	2000	{ 6%	4%	2000	4%
Médecins de maisons de repos	899	15 % { 3%	2%	1001	2%
Autres activités connues (a)	2200	{ 6%	5%	2200	5%
En formation (secteur curatif)	4698	13%	10%	4698	10%
Total en secteur curatif	29305	82%	62%	33129	71%
Médecins de santé publique	3400	10%	7%	3633	8%
Autres activités connues dans le secteur non curatif	2050	6%	4%	2050	4%
En formation (secteur non curatif)	850	2%	2%	850	2%
Total en secteur non curatif	6300	18%	13%	6533	14%
Inactifs de statut connu					9%
Statut inconnu				7.250	15%
Total général	35.605	100%	76%	46.912	100%

(a) Médecins en santé mentale et pour handicapés, service de l'Armée, remplaçants de généralistes, Banque de sang, service de thrombose

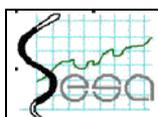
(b) Notamment : Enseignement (850) et recherche (200)

Sources : Big Register et informations communiquées par NIVEL (Pays-Bas)

b) Les exercices particuliers et les professions de première ligne

Même en s'en tenant aux « non-spécialistes prodiguant des soins » (les « omnipraticiens » selon la terminologie en usage en France), on peut distinguer ceux qui exercent le rôle de médecin de famille pour des soins allopathiques et ceux que la France désigne sous l'appellation de « Médecin à exercice particulier » ; ce dernier groupe y englobe non seulement les pratiques non conventionnelles (acupuncture, homéopathie), mais encore d'autres à exercice particulier (dont les médecins compétents en gynécologie et obstétrique, qui étaient considérés comme spécialistes jusqu'en l'an 2000). Ces « exercices particuliers » représentent désormais 22 % des effectifs d'omnipraticiens (Ordre, 2002).

Aux Etats-Unis, les généralistes sont épaulés par des praticiens de première ligne (« primary care »), lesquels englobent aussi une partie des qualifications de pédiatre et de gynécologie, ainsi que par des infirmières qui ont reçu un large pouvoir de diagnostic et de prescription.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

4. Les médecins spécialistes

4.1. Description succincte des densités

Dans l'Europe des 15, la Belgique connaît une forte densité de spécialistes (185 pour 100 000 habitants en 2002), mais elle ne bat pas les records : au moins quatre pays (sur onze) scorent plus haut qu'elle selon l'OCDE (Grèce, Allemagne, Portugal et Suède), probablement davantage, car les informations manquent pour deux pays à forte densité (Italie et Espagne). En outre, sur cinq nouveaux pays-membres, quatre ont des densités égales, voire supérieures : de 206 à 229 (cf. Tableau 11).

4.2. Analyse critique

Manifestement, le concept de spécialiste n'est pas appliqué de façon identique dans tous les pays. Ainsi, les densités d'Irlande (32) et des Pays-Bas (93) indiquent une organisation différente du système de santé.

En outre, la liste des spécialités varie de pays à pays. Plus particulièrement, certaines spécialités n'ont été reconnues que très récemment en Belgique (ou ne le sont toujours pas), alors qu'auparavant, ces fonctions étaient assurées (ou le sont toujours) par des médecins assimilés à des « généralistes », catégorie hybride qui regroupe souvent l'ensemble des « non-spécialistes ». Il s'agit notamment de la médecine du travail et de la santé publique. Comparé à l'ensemble des spécialistes « curatifs » de France, ces deux groupes correspondaient à 9 % de cet ensemble en l'an 2000.

5. La part des spécialistes

5.1. La Belgique dans le concert international

Pour connaître le niveau de spécialisation d'un pays et, pour utiliser cette information en vue de fixer le % de spécialistes dans une cohorte de jeunes diplômés, il convient de regrouper spécialistes et candidats-spécialistes (CaS). Un tel indicateur ne peut en général pas être construit à partir des statistiques internationales disponibles, lesquelles n'informent guère sur la situation des CaS.

Il faut donc se contenter de la part que représentent les seuls spécialistes. Cette part peut être calculée soit par rapport au total des médecins, soit par rapport au sous-ensemble « généralistes et spécialistes », à l'exclusion des autres catégories existant dans certains pays (santé publique, médecins des maisons de repos, ...). La nuance est parfois impressionnante, un exemple extrême étant celui de l'Irlande, scorant 13 % sur le premier indicateur et 92 % sur le second (cf. Tableau 12 et Tableau 13).



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Pour ces deux indicateurs, la Belgique se situe très bas dans le niveau de spécialisation : respectivement moins de 40 % (jusqu'en 2001) et 46 % (52% en 2002) pour ces deux indicateurs. A la même date, cette situation était partagée respectivement par seulement trois et un autre pays (sur les 18 pays analysés) ; pour le deuxième indicateur (par rapport aux « généralistes + spécialistes), quinze pays sur dix-huit dépassaient allègrement les 60 %, et certains même les 90 % !. Rappelons que le contenu exact de ces catégories reste relativement incertain (cf. Tableau 13).

Pour la Belgique, ces taux sont inférieurs à ceux utilisés aux sections 1 et 5.2, car ils sont construits autrement :

- Le numérateur ne comprend que les spécialistes stricto-sensu, sans les spécialistes en formation (CaS)
- Le dénominateur par contre inclut l'ensemble de la catégorie indûment dénommée « généralistes », en ce compris ceux non actifs (notamment au-delà de 76 ans), les non-agrésés et un grand nombre de fonctions non-curatives (par exemple les médecins du travail, dont l'accès au titre de spécialiste est relativement récent).

5.2. Le détail de la situation en Belgique

En Belgique, le % de spécialisation implicitement adopté pour continger les effectifs est de 57 % pour les années 2004 à 2006 (selon l'AR de mai 2002).

Désormais, il a été clarifié que le *numerus clausus* vise essentiellement ceux qui auront accès à la pratique de soins dans le cadre des financements INAMI. Aussi, faut-il identifier **le % de praticiens curatifs se consacrant à des soins spécialisés**, y compris les candidats-spécialistes (cf. ci-dessous). Il est facile de se tromper de référence, vu la diversité de contenus des catégories répertoriées.

5.2.1. La part de la spécialisation parmi les médecins recensés à l'INAMI

Parmi l'ensemble des médecins **recensés** par l'INAMI, on compte 55 % de spécialistes et de CaS en 2002. Mais parmi les spécialistes, environ 20 % ne facturent aucun soin pris en charge par l'INAMI.

Si on se focalise sur les seuls **praticiens curatifs** (= ceux qui prodiguent des soins financés par l'INAMI et tous les candidats spécialistes³), la part des effectifs spécialisés (ou en voie de l'être) s'élève à 59 %.

5.2.2. La part de la spécialisation parmi les médecins recensés par le SPF

Dans l'ensemble des diplômés enregistrés au SPF Santé publique (y compris ceux sans pratique clinique), le % de spécialistes est de 56 %.

Le SPF fournit une distinction selon que les praticiens ont ou non une pratique clinique. Seuls les premiers nous intéressent dans l'optique précitée. Parmi eux (hors médecins du travail), la part des spécialistes (y compris CaS) s'élevait à 59 % au début de 2002 (60 % au total) : cf. Tableau 4.

³ Seuls la moitié des candidats-spécialistes sont officiellement recensés comme prestataires facturants ; nous les avons tous comptabilisés comme « curatifs ».

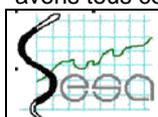


Tableau 4. Part des spécialistes dans le corps médical belge au 1/1/2002

Estimation pour ceux ayant une pratique clinique et pour le total

	Médecins avec pratique clinique		Total des médecins	
	N	% Spécialistes (d)	N	% Spécialistes (d)
1. Praticiens prodiguant des soins (remboursés INAMI)				
Généralistes agréés (a)	} 13127		14159	
Médecins de spécialité inconnue (b)	1797		1871	
Généralistes non agréés (a)	591			
Candidats généralistes	823		824	
Candidats spécialistes	3861	} 59%	3923	} 60%
Spécialistes, Hyp 1 (c)	19298		21305	
Spécialistes, Hyp 2 (c)	20100	57%		
Sous-Total Soins médicaux INAMI (hors dentistes) - Hypothèse 1 (c)	39497		42082	
Idem, Hypothèse 2 (c)	40299			
Généralistes (agréés et non agréés)	(13718)		(17543)	
2. Fonctions hors soins				
Spécialistes				
Médecins du travail (c)	802		802	
Généralistes agréés				
Généralistes non agréés (a)			3384	
3. TOTAL	40890	57%	46268	55%
Généralistes non agréés - en % du Total	1%		8%	
- en % des Généralistes (agréés, non agréés et en formation)	4%		26%	

(a) Estimations basées sur le % d'actifs parmi les agréés ; hypothèse sous jacente : tous les généralistes agréés actifs ont une pratique clinique.

(b) Tous ces "inconnus" sont assimilés à des généralistes

(c) En hypothèse 1, les médecins du travail ne sont pas inclus dans les spécialistes de soins, En hypothèse 2 par contre, ils sont considérés comme ayant actuellement tous une pratique clinique (et donc inclus dans la section 1. NB Les médecins ayant une fonction en médecine du travail ont en moyenne une pratique curative à raison de 40% en Equivalents-personnes.

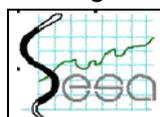
(d) Spécialistes et candidats -spécialistes, Hyp 1 Hors médecins du Travail - Hyp 2 Avec ceux-ci

Source : SPF Santé publique, Statistiques 2002, site Web

6. Structure des spécialités

Malgré sa haute densité de médecins, la Belgique n'occupe pas le sommet de la hiérarchie, ni pour l'ensemble des spécialistes ni pour les spécialités prises individuellement (cf. Tableau 14 et Tableau 15). Pour pratiquement toutes les spécialités, la Belgique se situe dans une honnête moyenne par rapport aux autres pays européens, tant en densités qu'en structure.

Seule exception, la radiologie-radiothérapie : 17 pour 100 000 habitants, soit une densité analogue à celle de la Grèce, mais bien supérieure à celle des autres pays (maxi : 14 en



UNITE SESA - SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Estonie et d'autres nouveaux pays-membres, 12 en France ; mini : 7 en Allemagne, sans même parler de l'Irlande et du Luxembourg : 3). Dans notre pays, cette spécialité constitue 11 % des effectifs spécialisés, soit bien plus que dans tous les autres pays (sauf l'Irlande) : de 2 à 9 % (cf. Tableau 16). Néanmoins, il serait dangereux de se baser sur ce seul critère pour brider cette spécialité ; il faut se souvenir en effet qu'elle constitue une spécialité très demandée par les hôpitaux, que les migrations sont plus aisées dans cette discipline, vu la moindre barrière de la langue et qu'une surenchère au recrutement existe dès à présent, accentuant dès lors la pression sur les coûts et incitant toujours davantage à la production d'actes. Si l'on voulait brider cette activité, ce serait plutôt du côté des modes de financement qu'il faudrait chercher (cf. section 1.1.2).

7. Résumé et Conclusions

7.1. Les densités de médecins : élevées en Belgique mais pas de record

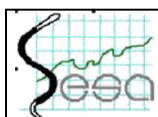
Malgré plusieurs anomalies, les statistiques internationales concordent pour nous montrer une Belgique bien médicalisée, sans atteindre les sommets de la hiérarchie. Les statistiques belges sont exagérées, car elles incluent les non-actifs (environ 15 % à 25%), contrairement à la définition proposée par Eurostat. Si les autres pays ont envoyé des statistiques d'actifs en soins curatifs, la densité belge pourrait rejoindre celle de huit pays européens.

7.2. Les « généralistes » : une catégorie fourre-tout

Aucune conclusion n'est possible au niveau international en matière de densités de généralistes, tant le contenu de cette catégorie peut varier ! En Belgique, elle incluait quasi tous les « non-spécialistes » (à l'exception des candidats-spécialistes), y compris de très nombreuses fonctions non-curatives (estimées à quelque 15 % des actifs parmi les « généralistes » agréés et bien plus encore parmi les non agréés : près de 50 à 60 %). D'autres pays au contraire limitent la définition, en repoussant vers d'autres catégories des fonctions qui chez nous sont tenues par des « généralistes » ; ainsi, outre les généralistes au sens strict (22 % seulement des actifs), les Pays-Bas distinguent des « médecins de maison de repos » (3 % des actifs), des médecins de santé publique (10 %) et d'autres fonctions non curatives (6 %), ainsi que des diplômés en formation dans ces diverses catégories (environ 6 %) (cf. Tableau 3) ; le compte est plus que doublé si l'on veut comparer aux statistiques belges de médecins dits « généralistes » !

7.3. Les spécialités : des densités moyennes

Malgré ses hautes densités globales, la Belgique connaît des densités « moyennes » comparé aux autres pays européens, et ce pour presque toutes les spécialités ; seule exception : la radiologie-radiothérapie (forte densité et part élevée). Il serait néanmoins dangereux d'en conclure hâtivement qu'il convient de brider l'offre dans cette spécialité, vu la tendance déjà actuelle des hôpitaux de monter les enchères pour recruter des praticiens de cette discipline ; la pression inflationniste en serait accentuée. D'autres mesures seraient donc à envisager si l'on voulait freiner l'expansion en ce domaine.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

7.4. La part des spécialistes : basse en Belgique

Sur base des indicateurs disponibles, la part occupée par les spécialistes apparaît relativement basse dans notre pays. Calculée hors candidats-spécialistes et par rapport à l'ensemble des diplômés (y compris non actifs et fonctions non curatives), cette part n'est plus basse que dans trois pays sur 18.

7.5. Le % de spécialistes dans une cohorte de médecins curatifs : 59-60%

Comme le numerus clausus vise à continger les praticiens ayant accès aux soins financés par l'INAMI, le % de spécialistes à prévoir dans une cohorte moyenne doit être calculé autrement : en excluant les fonctions non-curatives et en incluant les CaS. En se basant sur des sources différentes, les résultats concordent pour indiquer que ce pourcentage est de 59-60 % (en ce compris les candidats-spécialistes bien sûr) ; ceci équivaut à 413-420 spécialistes pour un numerus clausus fixé à 700 (cf. Tableau 1 pour d'autres quota). Ce n'est que si l'on inclut toutes les fonctions que le % tombe à 54-55 %. Il faut donc confirmer le but officiel du numerus clausus (rappelé ci-dessus) et, dans ce cas, encourager la formation de médecins en surquota pour remplir les fonctions non-curatives.

Certains arguments plaident d'ailleurs pour que ce pourcentage soit élargi : la position relativement basse de la Belgique en ce domaine (cf. section 7.4), la désaffection graduelle du public à l'égard du généraliste (les recours ont tendance à diminuer en moyenne) et l'apparition de spécialités nouvelles (pédo-psychiatrie, gériatrie, ...). Par contre, l'impact du numerus clausus pourrait se voir balayé si les médecins de l'Union européenne qui ont déjà fait reconnaître leur diplôme de base par centaines cherchent à se spécialiser et restent en Belgique au terme de leur spécialisation.

7.6. Les besoins nouveaux : à rencontrer hors quota

Même si les généralistes assument et continueront à assumer une très large part des soins aux âgés, une spécialité en gériatrie paraît nécessaire pour faire face à des tâches nouvelles, dont l'importance s'accroîtra avec le vieillissement : fonction gériatrie à l'hôpital, formation au dépistage de la fragilité fonctionnelle, pivot dans la coordination des soins et les centres de référence. Rappelons qu'en 2050, la moitié des patients hospitalisés pourraient être âgés d'au moins 65 ans et que la part des 80+ dans les journées d'hospitalisation pourrait doubler. Il faut donc se réjouir de voir cet aspect pris en compte dans l'AR en gestation en 2005.

Les besoins nouveaux correspondent souvent à des tâches nouvelles. Si on veut éviter que les spécialités et compétences nouvelles (gériatrie, médecine aiguë, ...) restreignent encore davantage la place des qualifications en place, il serait souhaitable de les placer hors quota. Regrettons dès lors que cette solution ne semble pas en passe d'être retenue pour la gériatrie.

7.7. Répartir équitablement le poids des difficultés ?

Comme toutes les spécialités seront affectées par la diminution des candidats-spécialistes, il pourrait être envisagé d'utiliser le volant disponible pour ramener les spécialités défavorisées (par la répartition fixée en 2002-2005) au % moyen de restriction. Le Tableau 2 et le Tableau 17 indiquent le résultat d'une telle politique, selon que l'on réajuste ou non pour ramener les spécialités moins pénalisées au niveau moyen de restriction.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

8. Annexes

8.1. Densités de médecins

Tableau 5. Médecins dits « actifs » pour 100 000 habitants (au 1/1)

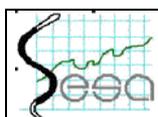
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1994	1995	2000	2003
Allemagne	143	146	164	192	226	264	309	328	336	330	340
Autriche	140	140	136	145	164	188	222	256	266	250	340
Belgique	129	146	nd	189	231	283	344	374	nd	390	Nd
Danemark	121	136	140	nd	217	nd	278	290	nd	280	Nd
Espagne	116	124	134	154	231	331	382	nd	nd	320	320
Finlande	57	69	94	130	174	208	242	269	277	260	260
France	96	110	126	150	197	224	265	285	294	330	340
Grèce	125	141	162	204	243	293	340	388	0	430	Nd
Italie	53	65	78	102	120	122	154	0	0	420	410
Luxembourg	101	102	113	125	171	181	201	216	223	250	270
Pays-Bas	112	117	125	160	191	222	251	nd	nd	320	310
Portugal	84	92	97	127	197	249	284	293	299	320	330
Royaume-Uni	nd	nd	nd	nd	128	139	148	156	nd	190	220
Suède	95	110	131	171	220	259	287	303	307	310	330
Canada	nd	129	146	168	180	200	214	215	215	210	210
Etats-Unis	137	150	155	175	199	224	237	253	nd	220	Nd
Japon (a)	103	103	104	104	104	104	105	105	106	190	nd

(a) Incertain : voir Eurostat

Source : OCDE CdRom

Tableau 6. Médecins ou docteurs (habilités, en exercice ou actifs d'après différentes définitions nationales) - Par 100 000 habitants – Au 1/1

	1970	1980	1990	1995	2000	2001
Union européenne (25 pays)						
Allemagne (incluant l'ex-RDA à partir de 1991)	162	222	301	336	359	362
Autriche	136	164	224	266	313	324
Belgique	155	249	345	379	411	419
Danemark	141	218	294	309	343	343
Espagne	135	232	383	415	454	
Finlande	104	189	243	277	308	311
France			306	323	330	332
Grèce	162	245	339	393	450	454
Irlande			155	210	223	240
Italie	109	263	470	566	599	603
Luxembourg (Grand-Duché)	113	171	202	280	315	
Pays-Bas	126	192	252		321	329
Portugal	94	199	282	296	325	324
Royaume-Uni	92	128	141	158	180	
Suède	132	220	260	279	298	402



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

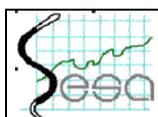
Nouveaux pays membres

Chypre	84	92	178	220	239	255
Estonie		295	350	307	286	313
Lettonie		363	368	292	326	296
Lituanie	233		405	396	379	380
Hongrie	177	228	294	303	273	293
Malte	115		227		269	312
Pologne		201	215	232	220	224
Slovénie		177	199	211	226	227
Slovaquie				292	335	334
République tchèque	188	239	308	346	370	378

Autres pays industrialisés

Canada	146	181	213	213	209	210
Etats-Unis	152	183	219	238	251	
Japon (incertain : voir OCDE)	133	158	190		192	

Source : Eurostat, 2005, site web, juin 2005

**UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE**

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Fig.1. Densités médicales – Pays de l'OCDE (1960-1995)

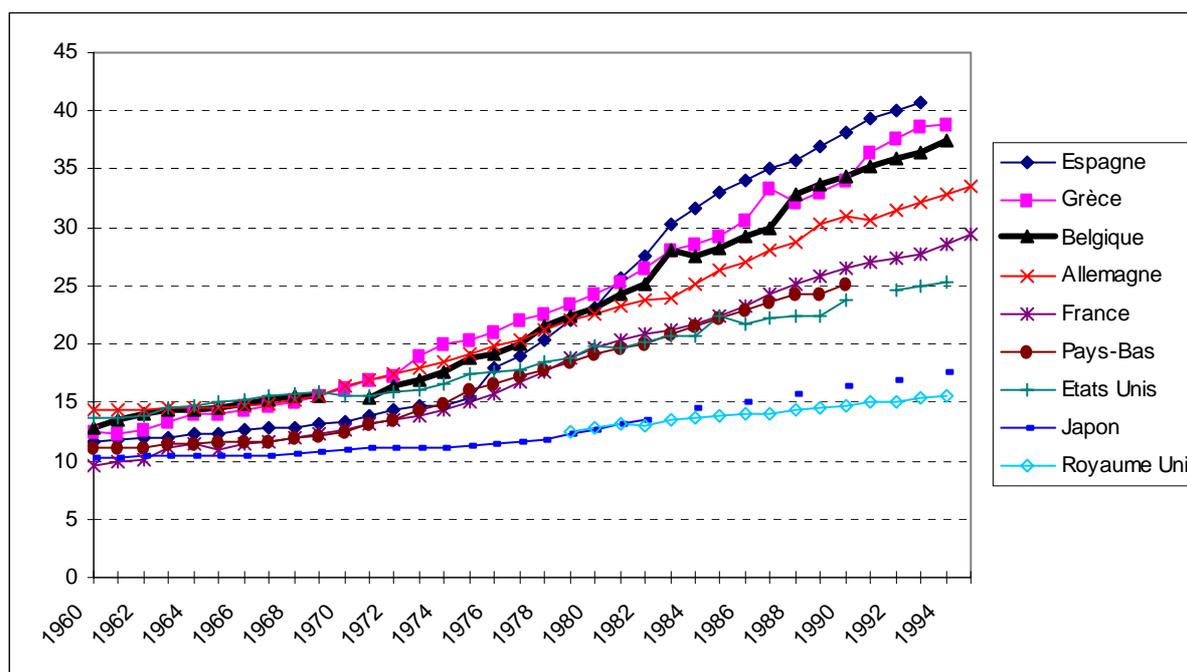
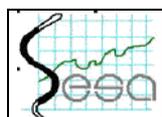
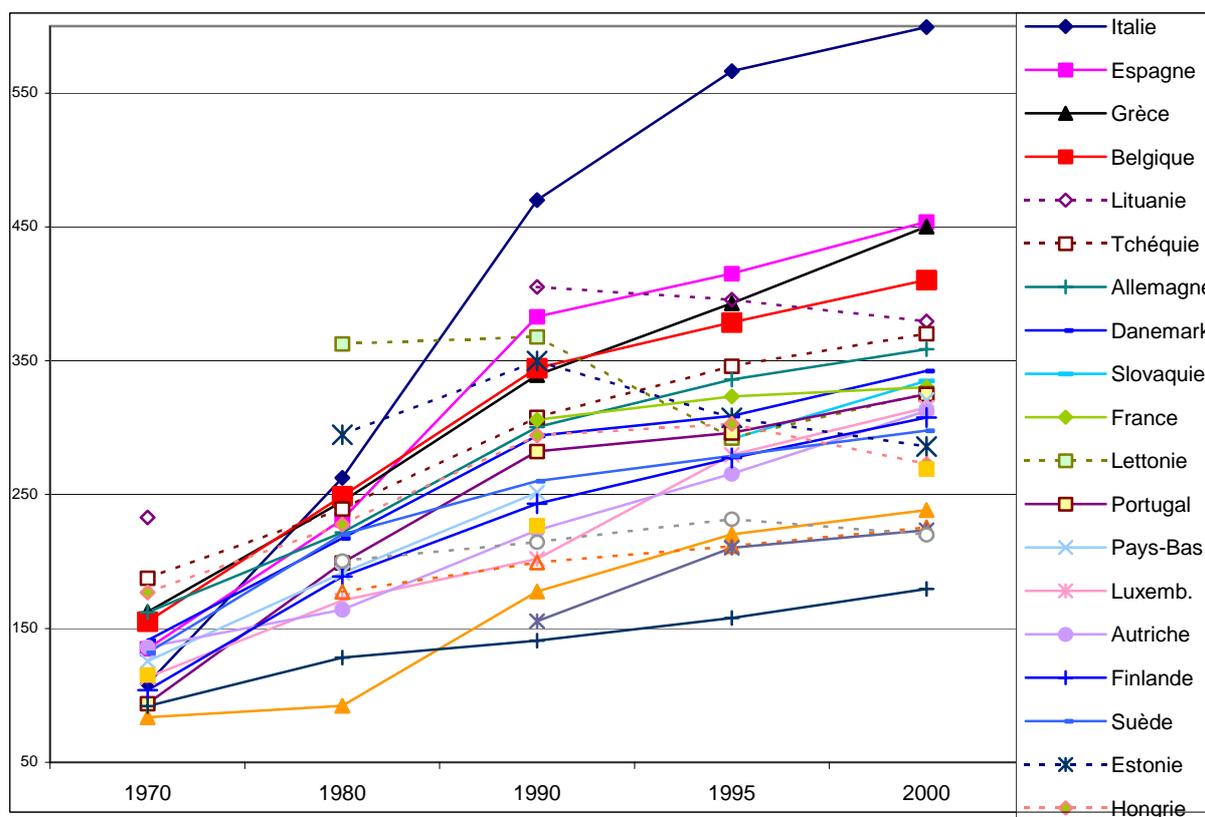


Fig.2. Densités médicales – Pays de l'Union européenne (1970-2000)



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB: www.sesa.ucl.ac.be

8.2. Couverture des données

Tableau 7. Somme des « Généralistes + spécialistes » en % du total des médecins

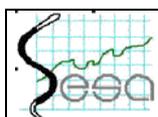
	1985	1990	1995	2000	2001
Europe des 15					
Allemagne	48%	49%	77%	75%	75%
Autriche	91%	93%	92%	90%	90%
Belgique			85%	86%	86%
Danemark	22%	52%	56%	56%	57%
Finlande	47%	53%	55%	57%	58%
France		93%	93%	92%	93%
Grèce	64%	67%	53%	45%	45%
Irlande			14%	15%	14%
Luxembourg (GD)	57%		64%	65%	
Pays-Bas	51%	52%			42%
Portugal	23%	26%	53%	54%	54%
Nouveaux pays-membres					
Chypre	89%	0%	94%	89%	0%
Estonie	77%	71%	82%	95%	85%
Lettonie	76%	54%	61%	66%	70%
Lituanie		48%	56%	63%	63%
Slovénie			59%	62%	59%
Slovaquie			77%	75%	75%
Tchéquie (Rép)	77%	77%	71%	73%	73%

Source : Eurostat, site Web, juin 2005.

Tableau 8. Médecins dans la population active en % des Médecins habilités à exercer

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Europe des 15						
Allemagne (incluant l'ex-RDA à partir de 1991)		82%	80%	79%	79%	78%
Danemark	94%	90%	87%	85%	88%	82%
Espagne		60%	73%	70%	65%	
Italie		68%	69%	71%	72%	98%
Luxembourg (Grand-Duché)		98%	99%	99%	98%	98%
Nouveaux pays membres						
Lettonie			107%	96%	75%	75%

Source : A partir des données d'Eurostat, site Web, juin 2005.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

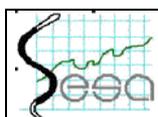
SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Tableau 9. Médecins exerçant la profession médicale en % des Médecins habilités à exercer

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Europe des 15								
Allemagne (incluant l'ex-RDA à partir de 1991)				75%	73%	73%	72%	72%
Autriche	83%	73%	74%	77%	82%	82%	82%	
Danemark			89%	86%	87%	85%	88%	
Espagne				65%	78%	77%	72%	
Luxembourg (Grand-Duché)				92%	92%	92%	90%	90%
Nouveaux pays membres								
Hongrie	88%	89%	90%	83%		86%	92%	
Lettonie					95%	87%	68%	68%
Lituanie						105%	103%	100%
Malte	100%		100%		100%	100%	0%	0%
Pologne					67%	70%	67%	
République tchèque	89%	81%	88%	93%				
Autre pays industrialisés								
Etats-Unis	93%	89%	89%	87%	85%			
Japon	95%	95%	96%		95%			

Source : A partir des données d'Eurostat, site Web, juin 2005.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

8.3. Les médecins généralistes

Tableau 10. Densités de « généralistes actifs » pour 100 000 habitants

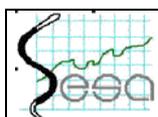
	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	2000	2003
Europe des 15															
Allemagne	89	86	84	90	101	110	119	110	110	110	111	112	110	110	100
Autriche	74	82	72	73	76	89	109	112	115	118	121	124	130	130	140
Belgique					111	141	146	146	148		150		151	210	
<i>Total selon MSP</i>					122	147	164	169	173	175	177	180	182		
Danemark	46		43	48	54	57	62	62	63	63	63	63	80	90	
Finlande (a)						105	111	109	111	113	116	120	70	70	70
France				94	122	127	137	139	140	140	144	149	160	160	160
Irlande (a)							45	45	46	46	47	47	60	60	60
Luxembourg						65	77	76	77	80	78	79	80	80	90
Pays-Bas	38	36	34	35	40	43	43	43	43	43	44		40	50	50
Portugal							64	63	62	62	62	60	60	50	50
Royaume-Uni	44	43	43	45	52	57	58	58	58	59	59		60	60	70
Suède			25	23	26			42	50	52	54	55	56	50	
Autres pays industrialisés															
Canada			61	71	77	88	98	99	100	102	98	97	100	100	100
Etats-Unis			24	21	20	22	22		22				70	80	

Source : OCDE CdRom et Ministère de la Santé Publique de Belgique (devenu Service public fédéral) pour l'ensemble des généralistes.

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Europe des 15								
Allemagne	26	28	122	107	106	105	104	102
Autriche	89	109	124	133	136	141		
Belgique			184	190	190	170		
Danemark	57	62	64	66	66	67	67	
Finlande (a)	15	23	31	38	39	40	41	
France	151	162	163	160	163	164	165	166
Grèce	105	101	26	8	8			
Irlande (a)			2	3	3	3	3	
Luxembourg (GrandDuché)			69	74	77	75	75	
Pays-Bas	43	43	44	46	46	46		
Portugal	2	3	41	45	45	45		
Nouveaux pays-membres								
Chypre	25		51	38				
Estonie			35	88	85	92	95	
Lettonie	1	1	7	41	41	44	45	
Lituanie			2	19	24	33	43	
Slovénie			14	20	19	19		
Slovaquie			33	43	44	44	43	
Tchèque (Rép.)	54	53	48	51	52	52	52	

(a) Ces données sont incertaines, vu les discordances entre les deux sources

Source : Eurostat, 2005, site web, juin 2005



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

8.4. Les médecins spécialistes

Tableau 11. Densités de spécialistes

au 1/1	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	2000	2003
Europe des 15														
Allemagne	58	69	87	105	147	166	177	181	187	194	201	200	220	230
Autriche						114	117	121	126	134	142	150	180	200
Belgique				98	113	139	142			141		146	180	
Finlande				0	103	131	138	145	150	154	157		140	140
France			56	75	96	127	131	135	139	142	145	160	170	170
Grèce					188			209				260	290	
Irlande						29	30	29		30	30			
Luxembourg				68	115	123	126	131	134			150	170	180
Pays-Bas	32	42	49	65	77	83	93	87	90	87				90
Portugal		41	57	63	78	94	97	119	157	170	198	200	220	240
Suède							180	199	202	207	219	220	220	230
Nouveaux Pays-Membres														
Hongrie	95	135	159	180	208	238	244	252	258	265	271	170		200
Tchèque (Répub.)				155	181	196	196	197	201	207	214	220	230	260
Autres pays industrialisés														
Canada		59	70	75	83	88	89	89	90	90	90	110	110	110
Etats-Unis		64	74	95	111							130	140	

Spécialistes dits « actifs » - Source : OCDE CdRom

Densités de spécialistes pour 100 000 habitants (suite)

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Europe des 15								
Allemagne	100	119	135	161	165	169	173	177
Autriche	86	99	121	150	156	160		
Belgique		121	139	161	169	185		
Danemark		92	109	127	129	131	132	
Finlande	87	107	123	137	140	142	144	
France	98	123	138	144	145	147	148	148
Grèce	81	125	181	195	197			
Irlande			27	30	31	32	33	
Luxembourg (GD)	106		111	130	131	132	137	
Pays-Bas	70	88	89	9	91	93		
Portugal	53	70	117	131	131	134		
Nouveaux Pays-Membres								
Chypre	95		156	174				
Estonie	249	249	217	183	180	183	183	
Lettonie	276	197	171	174	165	169	171	
Lituanie		194	219	221	214	240	235	
Slovénie			111	121	116	115		
Slovaquie			191	209	207	206	202	
Tchéquie (Rép)	156	186	199	219	222	229	234	

Source : Eurostat, 2005, site web, j



UNITE SESA - SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

8.5. Structure des effectifs

Tableau 12. Part des médecins spécialistes selon deux dénominateurs

	Dans le total médecins						Dans la somme généralistes + spécialistes					
	1985	1990	1995	2000	2001	2002	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Europe des 15												
Allemagne (a)	38%	40%	40%	45%	46%	nd	80%	81%	53%	60%	61%	62%
Autriche	44%	44%	46%	48%	48%	nd	49%	48%	49%	53%	53%	53%
Belgique	0%	35%	37%	39%	40%	nd	nd	nd	43%	46%	47%	52%
Danemark	0%	31%	35%	37%	38%	36%	0%	60%	63%	66%	66%	66%
Espagne	0%	0%	0%	0%	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Finlande	40%	44%	44%	44%	45%	45%	85%	82%	80%	78%	78%	78%
France	nd	40%	43%	44%	44%	44%	39%	43%	46%	47%	47%	47%
Grèce	28%	37%	46%	43%	43%	nd	44%	55%	88%	96%	96%	nd
Irlande	nd	0%	13%	13%	13%	nd	nd	nd	92%	91%	92%	92%
Luxembourg (GD)	57%	0%	40%	41%	nd	nd	nd	nd	62%	64%	63%	64%
Pays0Bas	32%	35%	nd	3%	28%	nd	62%	67%	67%	17%	67%	67%
Portugal	22%	25%	39%	40%	41%	nd	96%	96%	74%	74%	75%	75%
Nouveaux membres	pays											
Chypre	71%	0%	71%	73%	0%	nd	79%	nd	75%	82%	nd	nd
Estonie	77%	71%	71%	64%	57%	nd	nd	nd	86%	68%	68%	66%
Hongrie	0%	0%	0%	0%	0%	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Lettonie	76%	53%	59%	53%	56%	nd	100%	99%	96%	81%	80%	79%
Lituanie	nd	48%	55%	58%	56%	nd	nd	nd	99%	92%	90%	88%
Slovénie	0%	0%	52%	53%	51%	nd	nd	nd	89%	86%	86%	86%
Slovaquie	nd	nd	66%	63%	62%	nd	nd	nd	85%	83%	82%	82%
Tchéquie (Rép)	57%	60%	57%	59%	59%	nd	74%	78%	81%	81%	81%	81%

Source : Eurostat, site web , juin 2005.

(a) avec ex RDA à partir de 1991



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Tableau 13. Nombre de pays selon le % de spécialistes dans la somme « généralistes + spécialistes ». En 2000 (ou année proche)

	Selon % de spécialistes dans le total médecins					Selon % de spécialistes dans la somme « généralistes + spécialistes »				
	< 40	40 à <50%	50 à <60%	60 à < 70%	70 à < 80%	40 à <50%	50 à <60%	60 à < 70%	70 à < 80%	80% +
Allemagne		*						*		
Autriche		*					*			
Belgique	*					*				
Danemark	*							*		
Finlande		*							*	
France		*				*				
Grèce		*								*
Irlande	*									*
Luxembourg (GD)		*						*		
Pays-Bas	*								*	
Portugal		*								
Europe des 15 (11 pays)	4	7				2	1	4	2	2
Chypre					*					*
Estonie				*				*		
Hongrie										
Lettonie			*							*
Lituanie			*							*
Slovénie			*							
Slovaquie				*						*
Tchéquie (Rép)			*							*
Nouveaux pays membres (7 pays)			4	2	1			1		6
Europe des 25	4	7	4	2	1	2	1	5	2	8
									15 pays > 60 %	

Source : Eurostat, site web , juin 2005.



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be

Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Tableau 14. Médecins spécialistes pour 100 000 habitants – Europe – 2000 (Résumé par groupe de spécialités)

	Spécialités médicales	Spécialités Chirurgic.	Spéc neuro psy	Anesthésie et soins intensifs	Dermatologie	Gynécologie obstétrique	Ophtal- mologie	Oto-rhino- laryngologie	Pédiatrie	Radiothérapie / Radiologie	Total
Europe des 15											
Allemagne	48	26	13	17	5	18	8	6	12	7	161
Autriche	36	21	17	19	6	15	8	6	11	10	149
Belgique	37	21	20	15	6	12	10	6	13	17	156
Danemark	39	17	17	15	3	9	6	7	6	8	127
Finlande	32	23	25	10	3	11	7	5	10	10	136
France	30	10	27	17	6	9	9	5	11	12	136
Grèce	40	30	18	14	7	22	14	9	26	16	194
Irlande	5	6	5	5	0	2	1	1	2	3	30
Luxembourg (Grand-Duché)	40	15	12	14	5	13	10	7	12	3	130
Portugal	34	20	12	11	3	13	7	5	13	8	127
<i>Pr Euro 15</i>											
<i>Mini</i>	5	6	5	5	0	2	1	1	2	3	30
<i>Maxi</i>	48	30	27	19	7	22	14	9	26	17	194
Nouveaux pays membres											
Chypre	46	21	9	10	10	19	10	7	32	9	173
Estonie	42	18	23	17	6	20	8	7	30	13	183
Lettonie	45	25	20	15	5	20	8	7	16	12	173
Lituanie	53	21	29	18	5	23	10	8	41	13	220
Slovénie	27	19	12	9	2	12	4	3	19	5	113
Slovaquie	52	26	22	16	7	21	10	8	36	11	208
République Tchèque	53	32	25	14	8	22	11	9	33	14	219
<i>Pr Euro 25</i>											
<i>Mini</i>	5	6	5	5	0	2	1	1	2	3	3
<i>Maxi</i>	53	32	29	19	10	23	14	9	41	17	17



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be
 1.1.1.1.1.1 Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Tableau 15. Médecins spécialistes par 100.000 habitants (détails par spécialité)

	Europe des 15									Nouveaux pays-Membres							
	Allema- gne	Autriche	Belgique	Danema- rk	Finlande	France	Grèce	Irlande	Luxemb. (Gr.Duc.	Portugal	Chypre	Estonie	Lettonie	Lituanie	Slovénie	Slovaqui e	Répub. tchèque
Anesthésie et soins intensifs	17,4	19,1	15,1	14,6	10,4	17	13,5	5,3	13,6	11,4	10	16,8	15	18,4	9,2	16,3	14,3
Chirurgie générale	19,6	14	14,7	12,1	18,7	8,6	18,2	5	12,7	12,9	14,3	12,5	18,8	13,6	16,6	18,8	24
Chirurgie infantile	0,1	0,1			1	0,1	1,4	0,1	0	1		1,2	1,1	1,7		0,2	
Chirurgie neurologique	1,2	1,3	1,2	1,3	0,7	0,6	2,1	0,2	0,9	1,4	1,6	1	1,8	2,1	0,6	1	1,5
Chirurgie plastique	0,2	1	1,5	1,4	0,9	0,3	2	0,3	0,9	1,7	1,7	0,2	0,6	0,6	0,1	1,1	1,2
Dermatologie	5,3	6,1	6	3	3,3	6,4	7	0,3	4,6	2,5	9,6	5,5	4,8	5	2,4	7,2	7,7
Gynécologie et obstétrique	17,5	15,2	12,2	9,4	10,5	8,7	21,7	2	12,9	13,4	19	19,7	19,5	22,6	11,9	20,9	21,8
Médecine interne	40,2	31,9	20,9	20,3	20,8	4,2		2,6	22,8	14,5	26,4	19,5	25,5	25,5	25,4	32,9	37
Cardiologie	3		7,4	3,8	1,7	9,4	21,7	0,4	7,6	7	11,2	8,8	5,8	10,5		3,6	3,1
Endocrinologie	0,3			2,4	0,4	2,1	3,3	0,5	0	1,6	2,3	2,4	2,1	3,1		1	2,5
Gastro-entérologie	1,9		3,6	5,8	1,1	5,3	4	0,6	3	3,8	3,3	2,2	1,9	2,2		1,9	1,5
Médecine respiratoire (pneumologie)	0,6	3,8	2,9	1,7	4	4,2	8,6	0,5	3,7	4,6	2,2	4,2	6	6,5		7	5,8
Oncologie	1,1			1,7	2,1	0,8	0,3	0,3	0	1,7		2,2	3,6	3,8	1,2	3,5	1,8
Rhumatologie	0,7		2,3	3,6	1,8	4,4	1,9	0,3	3	0,8	0,7	2,3	0,5	1,5		1,7	0,9
Neurologie	2,6	6,9	1,5	1,4	4,6	2,6	4,6	0,3	3,9	3,2	3,2	10,5	9,9	13,2	4,5	10,5	11,9
Psychiatrie / Neuropsychiatrie	9,6	9,8	18,1	14,2	17,1	22,4	11,6	3,6	7,8	8,7	5,2	12,3	9,3	14,6	7,8	10,9	11,6
Ophtalmologie	7,5	7,7	9,6	5,8	6,6	8,9	14,1	0,7	10,4	7,4	9,7	8,2	8,2	9,8	4,3	9,6	10,5
Oto-rhino-laryngologie	6,2	6	5,7	6,7	5,4	4,9	8,5	0,7	6,9	4,9	7	7,1	7,1	8	3,4	7,8	9
Pédiatrie	12,4	11,4	13,2	6,1	10,1	10,5	25,7	1,8	12	13,1	32,3	30	16,4	40,8	19,1	35,9	32,5
Radiothérapie / Radiologie	6,8	9,5	16,6	7,8	9,5	12,2	15,9	3,2	3,2	8,2	9,3	13	11,7	12,6	5,2	10,8	13,7
Urologie	5,2	4,9	3,3	2,1	1,7	0,7	6,3		0	2,9	3,8	3	2,7	2,8	1,6	4,8	5,1
Pédopsychiatrie	1,2			1,5	3,6	1,8	1,8	1	0,2		0,6		0,7	1,4		0,6	1,1
Total Spécialités curatives	160,6	148,7	155,8	126,7	136	136,1	194,2	29,7	130,1	126,7	173,4	182,6	173	220,3	113,3	208	218,5

Source : Eurostat, site Web

**UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE**

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be
 1.1.1.1.1.1 Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Tableau 16. Part de chaque spécialité dans l'ensemble des spécialités, par pays

	Spécialités médicales	Spécialités chirurgicales	Anesthésie et soins neuro-psy intensifs	Gynécologie et Obstétrique	Dermatologie	Oto-rhino-laryngologie	Pédiatrie / Radiologie	Radiothérapie		
Europe des 15										
Allemagne	30%	16%	8%	11%	3%	11%	5%	4%	8%	4%
Autriche	24%	14%	11%	13%	4%	10%	5%	4%	8%	6%
Belgique	24%	13%	13%	10%	4%	8%	6%	4%	8%	11%
Danemark	31%	13%	13%	12%	2%	7%	5%	5%	5%	6%
Finlande	23%	17%	19%	8%	2%	8%	5%	4%	7%	7%
France	22%	8%	20%	12%	5%	6%	7%	4%	8%	9%
Grèce	20%	15%	9%	7%	4%	11%	7%	4%	13%	8%
Irlande	18%	19%	16%	18%	1%	7%	2%	2%	6%	11%
Luxembourg (Grand-Duché)	31%	11%	9%	10%	4%	10%	8%	5%	9%	2%
Portugal	27%	16%	9%	9%	2%	11%	6%	4%	10%	6%
Nouveaux pays membres										
Chypre	27%	12%	5%	6%	6%	11%	6%	4%	19%	5%
Estonie	23%	10%	12%	9%	3%	11%	4%	4%	16%	7%
Lettonie	26%	14%	12%	9%	3%	11%	5%	4%	9%	7%
Lituanie	24%	9%	13%	8%	2%	10%	4%	4%	19%	6%
Slovénie	23%	17%	11%	8%	2%	11%	4%	3%	17%	5%
Slovaquie	25%	12%	11%	8%	3%	10%	5%	4%	17%	5%
République tchèque	24%	15%	11%	7%	4%	10%	5%	4%	15%	6%
<i>Pr Euro 25</i>										
<i>Mini</i>	18%	8%	5%	6%	1%	6%	2%	2%	5%	2%
<i>Maxi</i>	31%	19%	20%	18%	6%	11%	8%	5%	19%	11%


UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be
 1.1.1.1.1.1 Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Tableau 17. Adaptation de la répartition des spécialités (a), au % global de contingentement par rapport à l'ensemble des candidats-spécialistes avant numerus clausus (b)

Y compris réajustement pour ramener les spécialités moins pénalisées au % moyen de restriction

Numerus clausus : Spécialité	Communauté flamande			Communauté française		
	Selon AR 2002 +2005	Adaptation à 65 % pour toutes les spécialités Supplément	Total	Selon AR 2002 +2005	Adaptation à 46 % pour toutes les spécialités Supplément	Total
Anesthésie réanimation	24	4	28	21	3	24
Chirurgie, neurochirurgie, orthopédie, urologie, chirurgie plastique	26	12	38	18	4	22
Neurologie	7	-1	6	3	1	4
Psychiatrie	27	-5	22	12	4	16
Gynécologie obstétrique	8	5	13	7	3	10
Ophthalmologie	8	0	8	5	0	5
Oto-rhino-laryngologie	5	0	5	3	1	4
Stomatologie	2	0	2	2	-1	1
Dermatologie	5	2	7	3	1	4
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie	40	10	50	30	2	32
Gériatrie	6		6	4		4
Pédiatrie	12	5	17	10	2	12
Physiothérapie	3	2	5	3	0	3
Biologie clinique	8	-2	6	3	-1	2
Radiodiagnostic	12	1	13	10	-1	9
Radiothérapie	3	0	3	2	0	2
Médecine nucléaire	2	0	2	2	-1	1
Anatomie pathologique	2	2	4	2	0	2
Chercheur + 1 spéc (c)	6		6	4		4
Total	206	34	240	144	16	160

(a) NB Non compris les chercheurs hors quota

(c) Y compris effet de l'AR en préparation en 2005, lequel diminue la part des spécialités traditionnelles dans l'ensemble, vu l'insertion de deux nouvelles catégories : gériatrie et chercheurs



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be
1.1.1.1.1.1 Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be

Bibliographie

Bui-Dang-Ha-Doan J, France : l'esprit des lois ou le nombre incertain de médecins, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 1995 (XXXV/3-4) : 269-278.

Coldefy M, 7500 médecins à diplôme non européen dans les hôpitaux français en 1995, DREES, *Solidarité et Santé*, 1999 (1) : 49-54.

Deliège D, Artoisenet C, Lorant V, Pacolet J, Cattaert G, *Ressources humaines en santé. Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir*. Phase 1 Analyse de l'existant. Paramètres pour la modélisation, UCL - HSR - SESA, KUL – HIVA, juin 2004 : 256

Deliège D, Planification de l'offre médicale en Communauté française et germanophone. Critères - Scénarios de besoins, Bruxelles, UCL, SESA, mars 2000 : 65 et *Revue belge de Sécurité sociale*, 1^{er} trimestre 2000 : 103-191.

Deliège D et Lorant V, *Offre et besoins en médecins. Projections pour les Communautés française et germanophone de Belgique*, Bruxelles, *Revue belge de Sécurité sociale*, 2003, 4 : 1117-1164

Eurostat, Données, Population et conditions sociales, Santé, Santé publique, Soins de santé, Personnel de Santé, site web, juin 2005

INAMI, Médecins agréés actifs et données de profils, Communication de statistiques.

OCDE, CdRom 1997

Ordre National des Médecins, Conseil national de l'Ordre, *Démographie médicale française*, Situation au 1^{er} janvier 2002, Etude n°35, Paris, 2002 : 86.

Pacolet J, Delière D, Artoisenet C, Leroy X, Swine Ch, Cattaert G, Peetermans A, Coudron V. *Vieillesse, aide et soins de santé*, Rapport pour le SPF Sécurité sociale, Direction générale Politique sociale, 2005 : 679, Synthèse : 55.

SPF Santé publique, Site Web



UNITE SESA – SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE

SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles, Belgique ☐ EMail: deliege@sesa.ucl.ac.be
1.1.1.1.1.1 Tél: +32 (0)2 764 30 99 - Fax: +32 (0)2 764 31 83 - WEB : www.sesa.ucl.ac.be